

臺中市醫事檢驗師公會入會申請書

公會會員證號 瓊 字

號(本欄位由公會填寫)

姓名：	生日：西元	/	/	(照片黏貼處)
身分證字號：				
出生地：	省		縣(市)	
戶籍地址：				
通訊地址：				
聯絡電話：	行動電話：			
常用 e-mail：	(日後以此寄發訊息)			
服務機關名稱：	到職日：____/____/____			
服務機關地址：				
服務機關電話：	分機：			
任職部門：				
任職組別：	醫院等級: <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院			
醫檢師證書字號：	<input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 其它_____			
考試及格證書字號：				
最高學歷(學校)：				

申請日期： / /

公會核印：

申請人簽章：

臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書 0501108

醫事人員 類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 心理師 <input checked="" type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師	照 片 黏貼處 (退會不用照片)
基本資料	姓 名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一號碼：_____ 行動電話：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：_____ 電話：_____ 醫事人員證書字號： <u>檢</u> 字第_____號	
申請事項	一、 <input type="checkbox"/> 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起 二、 <input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____ (一) <input type="checkbox"/> 單純歇業 (二) <input type="checkbox"/> 歇業後變更執業場所 原登記機構_____ 科室_____；離職日 ____/____/____ 變更後機構_____ 科室_____；到職日 ____/____/____ 三、 <input type="checkbox"/> 變更登記 執業科別：原登記_____, 變更後_____ 資格變更：原登記_____, 變更後_____ 其 他：原登記_____, 變更後_____ 四、 <input type="checkbox"/> 遺失補發執業執照： ※請備醫事證書正、影本及身分證正反面影本、一寸照片二張、遺失證明或切結書。 <input type="checkbox"/> 有效期限到期換發執業執照： ※請備執業執照正本、一寸照片二張(三個月內彩色照)、繼續教育學分證明。	
申請人簽章：_____ 代理人簽章：_____ 公會戳章欄：_____ 申請日期：____/____/____		
擬辦： <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更 <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予補、換發 <input type="checkbox"/> 經審核與規定不符，檢還原件 <div style="text-align: right;">第三層決行 批示：</div>		

社團法人台中市醫事檢驗師公會
會員個人資料使用授權同意書

為保障您的權益，請務必詳細閱讀本同意書各項內容：

- 1、 社團法人台中市醫事檢驗師公會因會務需求，需使用您的個人資料，在個人資料保護法及相關法令規定下，本會將依法彙整、處理及利用您的個人資料。
- 2、 您所提供之個人資料，如：姓名、出生年月日、國民身分證字號、性別、電話號碼、e-mail、戶籍地址、通訊地址、服務機關及肖像（包含照片及動態影像）等相關資料，得以直接或間接識別您個人資料本會將保全維護，並僅限於公務使用。
- 3、 若您未同意本授權書，可能影響本會相關訊息之傳遞。
- 4、 當您親自簽名完成後，即視為您已詳閱並瞭解本同意書的內容，一旦簽署後即立刻生效。

本人_____ ☐同意 ☐不同意 社團法人台中市醫事檢驗師公會因會務之需要，得蒐集、電腦處理或使用本人之個人資料。

此致

社團法人台中市醫事檢驗師公會

立同意書人：

【簽名】

簽署日期：中華民國 年 月 日

入會+執業登記 ~ 【執業執照到期前六個月，可檢附學分證明一併換照】

- 一、填寫入會申請書及執業執照登錄申請書各一份
- 二、一時彩色相片四張
- 三、醫事檢驗師證書正反面影本二份、考試及格證書影本一份、畢業證書影本一份
- 四、身份證正反面影印本二份 (外籍人士居留證影本一份)
- 五、在職證明正本一份
- 六、歇業超過兩年者，需檢附一年內所修習 20 學分
- 七、個資授權同意書一份
- 八、入會費新臺幣 2000 元整
- 九、常年會費每個月 300 元整
- 十、繳納衛生局規費新臺幣 300 元整

變更登記 ~ 【執業執照到期前六個月，可檢附學分證明一併換照】

- 一、填寫執業執照登錄申請書一份
- 二、三個月內一時彩色相片三張
- 三、醫事檢驗師證書正反面影本二份
- 四、身份證正反面影本二份 (外籍人士居留證影本一份)
- 五、前執業場所之離職證明書影本一份
- 六、新執業場所之在職證明書正本一份
- 七、繳清常年會費始可辦理
- 八、繳納衛生局規費 300 元整

※ 離職當日算起，三十日內(含六、日)未至衛生局辦理完成變更者，罰款壹萬元整。

歇業、退會~ 【執業執照到期前六個月，可檢附學分證明一併換照】

一、填寫執業執照登錄申請書一份

二、離職證明書影本一份（※離職當日之後才可前往辦理）

三、執業執照正本

四、繳清常年會費

※ 離職當日算起，三十日內(含六、日)未至衛生局辦理完成者，罰款壹萬元整。